

Abu

(1)

Acute Severe Asthma.

- Admission → ICU
- High O_2 Concentration → 90% لازم أقلية أكثر 90%
- Nebulized Salbutamol → يعطى أكثر من مرة
- * الخطوتين هذين أهم شيء!!
- Ipratropium bromide.
- Steroid's.
- IV aminophylline ← مسمم
- IN Salbutamol
- Mg^{+} sulphate → يعطى لكن بشكل روتيني

• إذا لم يتحسن المريض

- Intubation & Mechanical Ventilation
- ما تردّدس فيها - لأنه يا يتحسن المريض يا يموت!
- do chest X-Ray to exclude pneumothorax.

- وخطى المريض تحت المراقبة

O_2 saturation, HR, ABG

حَتَّى فِي بَطْنِ، لُحُوقِ كَانَ هُنَاكَ أَسْلُ
تَمَا عَذْرُكَ لِسَاؤِيكَ!

Abcy.

- Admission → ICU

- Improve Ventilation by 2
Salbutamol, Aminophyllin

- start e Antibiotic → Infection التهاب
- suction of Secretions

* إذا لم يحسن ←

CPAP "Continuous positive airway pressure"

It's Non-Invasive Ventilation \rightarrow tube isn't in

- يس لازم يكون المريض واعي ← يش ياخذ نفس مع الجمار

2- إذا كان الرضيع غير واعى أو لم يحسن ✓

do Intubation x Mechanical Ventilation.

وَاسْتَمِعْ، وَانْتَسِمْ، ثُمَّ تَجَاصِدْ.

كَيْسَ مِنَ الْحَرُورِيِّ أَنْ تَأْخُذَ شَيْءَ بَعِيْنٍ

الاحسان

Abuy.

(3)

Acute Respiratory Distress Syndrome "ARDS"

Causes \Rightarrow • Respiratory \rightarrow pneumonia. —

• Non-Respiratory \rightarrow pancreatitis, Burns, Trauma, Multiple Blood transfusions, Sepsis. —

• It's Non-Cardiogenic pulmonary Edema.

• نفرقوها عن ال cardiogenic

• Exudate Fluid

• Hypoxemia. "Type 1 R.E."

• \downarrow arterial P_{aO_2}/F_{iO_2} ratio = < 200

• Bilateral opacities on chest X-Ray

• Pulmonary Arterial Wedge pressure < 18 mmHg

Rx ::

- Admission \rightarrow ICU.

- O_2 & Rx Preceptate Factor.

* Mechanical Ventilation « موت مسي !! »

• PEEP « positive End-Expiratory pressure »

\rightarrow Alveoli can be distinguished

- diuretic's مكن استياد - كن كير

- use low tidal volume. !!?

N.B. Corticosteroid's \Rightarrow Have No Role, except in late

stage \rightarrow to prevent Fibrosis

prognosis \Rightarrow 60-70 % die

(4)

Abay.

Hypertensive Emergencies

الارتفاع الحاد في ضغط الدم فقط !!

- may ↑ BP "sBP > 200, dBP > 120" & associated acute end-organ damage e.g. CNS, Renal, CVS, Haem., pregnancy Related

← حالة

* Hypertensive Encephalopathy :

S&S → Headache, Nausea, Vomiting, Mental status changes, Eye changes, But no Focal Neurological Deficit.

Rx: Stroke

- Admission

- Neurological examination & Fundoscopy →

- start drugs → Labetalol → doc
as Injection, or Infusion p.

- اختيار الدواء المناسب في حالات HTN يعتمد على وجود بعض الاعراض الاخرى

مثلا ← HTN & sever chest pain

نطوا ← GTN "glyceryl trinitrate"

BC → ↓BP & V.D. for Coronaries

- أيضا Nicardipine في حالات HTN emergencies

- الهدف من العلاج هو الوصول لـ BP الى حد مقبول، من ضروري
يرجع الى المعدل الطبيعي خلال 24 ساعة

- من أن حالة $\uparrow\uparrow$ B.p. في CVA "stroke".

على خفض BP ليس جيدة - بل بالكن مضرة - لأنه \downarrow

Cerebral Blood Flow depend on BP in CVA

$\rightarrow \uparrow BP \rightarrow \uparrow$ cerebral B.F.

So \rightarrow Rx HTN in this case \rightarrow Just Observation

وإذا كان مفرطاً، افنى عليه - مجرد تخفيض بسيط في Bp يكفي!

COMA

- وانه قائم في الطوارئ بروح وجاهولك حالة في Coma وقالوا لك

طرح توأ في مكان عام - متى اذبح؟

• أول شيء تسأل الله عنه ممكن تعرف السبب أم لا

- ABC & stabilize the patient

quik Examination - أمضى!

- Do Investigation \rightarrow

من أن يبين نوع في Hypo-Hyperglyc, أو خلل في electrolyte

معرفة - يفضل استخدام Aqua check لمعرفة حالة السكر "إذا كان مفرطاً"

- & can give Cocktail "thiamin, Naloxone, dextrose"

\downarrow يمكن يعطى الوحيد اللع سكر في مستشفيات - مزلة

Thiamin usually for Alcoholic toxication.

drug addict المصوبين من Naloxone

- و ال dextrose يعطى خوفاً من Hypoglyc, و مثلاً -

- بعد من تقرير Admission في و اكل المريض تحت المراقبة

Abey

- Pangement :

وطلع إلى - ما صوابا ← ؟

- O_2 & IV access

- Give drugs \rightarrow Nitroglycerin, Morphine to "Resolve the Pain", β -Blockers, ACE inhibitors to " \downarrow Bp."

- closed Monitoring in 1st 24 H.

- بعض الحاجات الثانوية التي لا لزوم فائدها فتنساقط

- مراقبة ال. Bowel Map. خوفاً من الدخول في Conceptual وخاصة الرصد بالترس

خلاصة مرض Heparin 4-5 أيام

• في أول شهر المرض تجنب الرياضة المتعبه، والطيّارات

1140

N.B. - Indication & CI of Thrombolytics!

7

Abuy.

Cardiac Dysrhythmias

up 100%

* AF!

- Patient \bar{e} Af & Rapid Ventricular Response - HR = 150?

- Management \Rightarrow

① IF unstable \rightarrow DC Shock.

NB Sx's of \rightarrow eg S: of Shock, loss of con.

② IF Stable \rightarrow Acute or chronic

* Acute \Rightarrow "in 1st 24 - 48 Hrs"

سواء في حالة الرجوع الطبيعي إلى Sinus Rhythm
 \rightarrow Cardioversion

- Electrical Cardioversion \rightarrow DC shock.

- chemical \rightarrow Drug's

"Rhythm control" \rightarrow Antiarrhythmic eg Amiodarone, procainamide

* Chronic \Rightarrow > 48 hrs

AF سواء في حالة تنقية HR إلى أقل من 100، مع وجود

\rightarrow by Rate Control Drug's.

B-Blockers, CCB "Verapamil", digoxin.

بوصفها يظن المريض Warfarin. لأنه من خطر تقريباً خفائاً

\rightarrow Thrombus \rightarrow Embolism

وذلك لا يجب أن يكون Cardioversion

NB, ECG changes in AF \rightarrow ① Absence P wave's

\rightarrow ② Irregularly irregular "HR"

R-R Interval.

الدور على كل حال فيه فقط، وبالتالي ليس مع QRS

لأنها من أخطاء!!

" SVT "

8

ABcy

* Supraventricular Tachycardia.

- Common in young ♀.

- ECG changes → ① Absence P-Wave.

② Regular R-R Interval

③ Narrow QRS. ← عادة

N.B. → إذا كان في حالات VT عادة تكون QRS wide

وإذا لم تتطابق من التفرقة بين SVT و VT ← علاج وكأنا VT لأننا لا نلاحظ

* Management of SVT:

① If Unstable → as AF — Cardioversion.

② If Stable : →

- Vagal Maneuvers "Carotid massage, Valsalva"

الخيار الأول — Adenosine 6mg IV push → 12mg → 12mg

N.B. → IF Adenosine ContraIndicated 'eg Asthma' →

Verapamil = 2nd choice. 5 mg IV

- لو الأوليه هذه مش بتؤثر فخطوا B-B

N.B. - Ventricular Fibrillation → Pulse = Zero

N.B. → Cardiac Arrest management

+ CPR

+ Shock

manage

→ لازم كل طالب يعرفهن!

Diabetic Emergencies

* DKA; "simple case"

- diagnosis \rightarrow History & Physical Examination -
- often young Type 1 DM.
- may be first presentation of Undiagnosed DM.
- S & S \rightarrow نفس الازعاجات

• Management :

rr - Admission \rightarrow ICU

- Rehydration - IV fluid.

سيرة \rightarrow start \rightarrow Normal Salin 1st one L in $\frac{1}{2}$ Hr.

then " in 1 "

" " " 2 "

فانها " " " evry 4 Hs

① Restore Extracellular Volume.

② can \downarrow Blood Sugar.

ملاحظة: لا زوم انراق Urine outp - لا تزيده كمية ال Fluid

- تستمرج N.S. حتى ينقص السكر اقل من 250 ثم

غير على dextrose لتجنب Hypogly

- Insulin \rightarrow يُعطى بنفس الوقت مع FL

• start bolus dose 20 unit IV & Then by Infusion 6 U/Hr. وبعد الجرعة على حسب القراءة

• Use Regular insulin " short acting"

والفائدة

① \downarrow B. Sugar , ② \downarrow Keton Formation.

- Potassium →

↑ - يُعطى إذا كان K^+ طبيعي أو منخفض ولا يُعطى إذا كان
- لا يُعطى في أول $\frac{1}{2}$ ساعة - أو بسرعة.

• K^+ phosphate Better than $K^+ Cl$ ↓

BC usually qss. e phosphate ↓

N.B. Bicarbonate is NOT given, Unless in severe cases $pH < 7.0 - 6.9$

لأنه في الحالات العادية N.S. يُعطى لتعديل Acidosis

- يجب إبقاء المريض تحت المراقبة اللصيقة وخاصة
Electrolytes, B. Sugar, Urea, Vitals.

- لازم التركيز على Precipitating Factors في DKA
وخاصة (Infection) يسبب انتقالها

N.B. Precipitating Factors In DKA = 5'I"

I nfection.

I schemia.

I nfarction.

I ntoxication.

I nsulin missed.

In everyday there is a new hope.

"H, H, S."

44

Abcy

* Hyperosmolar Hyperglycemic State :

- It's State of Extreme Hyperglycemia. (44-133.2 mmol/L)
- Usually associated \bar{e} DM Type 2
- Severe dehydration \rightarrow DKA
- Most of cases come \bar{e} Coma
- -ve Aceton
- Normal PH
- Hyper-Natremia

Case 8 \rightarrow Diabetic \bar{o} , 70y, on "metformin", come \bar{e} loss of Consciousness, Bp = 90/60, dehydrated, B. Sugar = 600 mg, Urea = 120 mg, Na⁺ = 150, K = 5 \rightarrow Diagnosis? Rx?

$$\therefore \text{Plasma Osmolality} = \frac{\text{B-Sugar}}{18} + \frac{\text{B-Urea}}{6} + 2(\text{Na} + \text{K})$$

$$= 365.3 \text{ mmol}$$

- Management :
 - Start \bar{e} Rehydration \rightarrow NS. in 4th L as Resuscitation & Then give $\frac{1}{2}$ NS "0.45%" \leftarrow Hypoosm
 - Insulin 3 U/Hr.
 - Heparin as prophylaxis \bar{e} Stroke \rightarrow Hypercoagulable

Cerebral edema \bar{e} \rightarrow DKA \bar{e} \rightarrow Insulin & NS Libs

* Hypoglycemia :

- As a patient in Coma لازم توقعها هيا الاول

- Management :-

• 50% dextrose . Then continue 5% dextrose

• oral Intake If Conscious , حتى تعرف السب

خاصة في الناس الكبار R-f وتأخذ dr. oral Hypogly. لا فها ممكن تفقد ال Hypogly. مدة طويلة .

- glucagon can be used in Rx .

N.B- drugs inducing Hypoglycemia :-

Eg → Insulin , Sulfonylureas

Ethanol , NSAIDS

β-agonist , ACE-I

Ampicillin , Tetracycline .

جمال الجسم يبقى كما تبقى الزهور
وجمال النفس يبقى زاهرًا مثل الزهور

(13)

Abey.

Hyperkalemia

- Serum K^+ > 5.5 mEq/L

• Management:-

• Ca gluconate \rightarrow protect Heart

• Dextrose + Insulin \rightarrow shift K into Cells

also Salbutamol can \rightarrow " "

• diuretics e.g Lasix \rightarrow Enhance K Removal From Body

• $NaHCO_3$ \rightarrow correct Acidosis

• Dialysis \leftarrow فصل

N.B. Calcium Resonium \rightarrow chronic علاج في المرضى
و الحالات الحادة

نقطة

N.B. ECG changes in This case:

- Peaked T wave , - decreased & eventual loss P wave
- prolonged PR Interval
- Widening of QRS

N.B. Intra-cellular K \rightarrow 140 مليمول

HyperCalcemia.

Management :

- Isotonic Saline "0.9% Saline" ← (Group 1)
- Bisphosphonates can be used.
- Steroids used in malignancies.

Myxedema Coma.

- It's severe Hypothyroidism.

CLP → Hypothermia, Hypoglycemia, Bradycardia, G-edema.

Management :

- ABCs & Admission → ICU.

- IV L-thyroxine 500 ^{micrograms} loading dose - then 100 micrograms daily until oral therapy tolerated.

NGT - IV ^{micrograms} - IV ^{micrograms} - IV ^{micrograms}

- Supportive measures → ReWarming by fluids, etc.

Thyrotoxic Crisis

Management :

- High dose Anti-Thyroid drugs.

- Iodide → ↓ release of Thyroid Hormone.

الأكثر ما نرى في Thyroid هو G-edema.

(15)

Aby.

Status Epilepticus.

- It's Continuous Convulsion > 15 - 30 min. →

- أكثر أشكال عام في المصابين و تحدث 5 دقائق يعتبر فيها S.E.

Management :-

- Start as management of any COMA ,
- ABC , left lateral position .

- Give → diazepam , or lorazepam حسب المتوفر
& can be repeated every 5 min. على حسب الحاجة
• إذا لم يقسن أعطى ←

• phenytoin 15-20 mg/kg loading dose . → Then
20 mg/kg/min. as infusion .

• phenobarbital IV can be used . 100 mg/min .

• إذا لم يقسن أعطى ←

• General Anesthesia e.g pentobarbital .

الناس بالناس مراماً لو نأى بهم : والعسر واليسر سافان وأوقات
وأكرم الناس مابين الورى رجل : تقضى على يده للناس حاجات
لا تقطع يد المفروض غنى أحد : وإن كنت تقدر فالأيام تارات
واشكر صنعة فضل اللواد جعلت : إليك آلاك عند الناس حاجات
قد مات قوم وماتت فضائلهم : وعاش قوم وهم في الناس أموات

الإمام الشافعي رحمه الله ..

آرافسواستم صالح الدماء

Ally

18

Statutory

The Companies Act 2006
Section 172(1)(b) - Duty to promote the success of the company

Management

Section 172(1)(b) - Duty to promote the success of the company

ABC - left lateral position

Gain - a 40% increase in share price

It can be reported that the company has

achieved a 40% increase in share price

following the 15-20% increase in share price

and the 10% increase in share price

following the 15-20% increase in share price

and the 10% increase in share price

following the 15-20% increase in share price

Section 172(1)(b) - Duty to promote the success of the company

Section 172(1)(b) - Duty to promote the success of the company

Section 172(1)(b) - Duty to promote the success of the company

Section 172(1)(b) - Duty to promote the success of the company

Section 172(1)(b) - Duty to promote the success of the company

Section 172(1)(b) - Duty to promote the success of the company

Emergency Medicine.

- شرح الدكتور عامر العزيز ...

IF THERE ARE NO UPS & DOWNS
IN YOUR LIFE
IT MEANS YOU ARE DEAD.



by 2

عبدالله محمد يعقوب

Emergency

Medicine

Emergency

IF THERE ARE NO UPS & DOWNS
IN YOUR LIFE
IT MEANS YOU ARE DEAD

Life is a roller coaster

Life is a roller coaster